

Et ailleurs ...?

Antoine de Torrenté

Ostéoporose post-ménopausique: quels traitements et dans quel ordre?

La question

Les fractures ostéoporotiques sont un problème majeur de santé publique. Les traitements actuels apportent un bénéfice mais sont incapables de restaurer l'intégrité squelettique. Deux types de traitements sont à disposition: (1) les médicaments antirésorption soit les bisphosphonates et le denosumab (D) (Prolia® qui inhibe le récepteur RANK indispensable à la fonction ostéoclastique); (2) le médicament anabolisant teriparatide (T) (Forsteo®), un dérivé de l'hormone parathyroïdienne. Le D et le T sont les médicaments les plus puissants mais à leur arrêt la perte osseuse reprend rapidement. L'étude DATA avait examiné l'emploi de D seul, de T seul et la combinaison de D+T et montré chez les femmes ménopausées une nette augmentation de la densité osseuse surtout dans le groupe D+T. L'étude DATA-Switch chez ces mêmes patientes pose la question suivante: quel est l'effet sur la densité osseuse d'un changement de traitement passant de D à T (D→T) et de T à D (T→D) ou en continuant par D dans le groupe D+T (D+T→D)?

Calcium et risque de fracture: pas d'association?

Une revue systématique de deux études randomisées contrôlées et d'études observationnelles mettent en doute l'utilité des suppléments de calcium pour la prévention des fractures. Les études avec un biais minimal comprenant ~45 000 n'ont pas montré d'effet favorable

Bolland MJ, et al. BMJ. 2015 Sep 29;351:h4580.

Sclérose en plaques: traitement i-v ou per os lors de poussées?

Le traitement reconnu lors de poussées chez les patients avec une sclérose en plaques est l'administration de hautes doses de stéroïdes i-v. C'est cher et interfère avec la vie courante. Pourrait-on traiter ces patients per os? Environ 200 patients de cette étude française ont reçu soit 1000 mg de méthylprednisolone par jour pendant trois jours par voie i-v ou per os. A 28 jours, la proportion de patients améliorés

La méthode

Les femmes de l'étude DATA ont été incorporées dans l'étude DATA-Switch. 27 patientes ayant reçu deux ans de T ont ensuite reçu le D pendant deux ans de plus constituant le groupe T→D. 27 patientes ayant reçu deux ans de D ont passé dans le groupe D→T pendant deux ans de plus et 23 patientes ayant reçu deux ans de D+T ont continué le D seul pendant deux ans. L'issue primaire était la densité osseuse des vertèbres lombaires après les 4 ans de traitement total. Les issues secondaires étaient la densité osseuse de la hanche, du col fémoral et du radius.

Les résultats

Après les 2 premières années de traitement, la densité osseuse a augmenté dans tous les groupes, le plus dans le groupe D+T. Dans les deux ans suivants (DATA-Switch), la densité osseuse de la colonne lombaire a continué à augmenter dans le groupe T→D jusqu'à 18%, dans le groupe D+T→D de 16% et dans le groupe D→T de 14% mais dans ce groupe on note une diminution de la densité osseuse du radius de 5%. La mesure de l'ostéocalcine (une mesure de la résorption osseuse) dans ce groupe a montré une augmentation de près

selon le score de Kurtzke a été la même dans les deux groupes avec les mêmes effets secondaires mis à part un peu plus d'insomnie dans le groupe per os (77 vs 64%). Plus simple et tout aussi efficace...

Le Page E, et al. Lancet. 2015 Sep 5;386(9997):974-81.

Spondylarthrite ankylosante: plus de problèmes cardiovasculaires?

La spondylarthrite ankylosante se caractérise par une inflammation chronique, tout comme l'athérosclérose. 21 000 patients avec une spondylarthrite ankylosante ont été appariés avec 86 000 personnes non atteintes. Après un suivi comparable d'années-patients, les malades avec une spondylarthrite ankylosante ont un HR de décès cardiovasculaire de 1,36 au total, dont 1,46 pour les hommes (significatif) et 1,24 pour les femmes (NS). Risques associés entre autres: âge, bas status socio-économique et maladie rénale chronique. On

peut aussi penser que les malades avec une spondylarthrite ankylosante font moins d'exercice mais l'étude ne le dit pas...

Les problèmes

Les groupes sont petits; il n'y pas de données sur l'incidence des fractures. L'étude était ouverte mais les mesures de densité ont été lues par des radiologues masqués quant à l'appartenance des patients aux différents groupes.

Commentaires

Cette étude est impressionnante de par la forte augmentation de la densité osseuse dans tous les groupes, particulièrement notable dans le groupe T→D. Cette donnée est importante car un traitement de T ne devrait pas durer plus de deux ans et la poursuite par D semble donc indiquée. Par contre, les résultats montrent bien que le changement D→T est à éviter montrant les résultats les moins favorables et même une diminution de la densité osseuse du radius. L'ordre dans lequel les traitements sont appliqués a donc toute son importance sans que l'on ait une explication claire de l'augmentation de la résorption osseuse dans le groupe D→T.

Leder BZ, et al. Lancet. 2015 Sep 19;386(9999):1147-55.

Haroon NN, et al. Ann Intern Med. 2015 Sep 15;163(6):409-16.

Exactitude diagnostique des mammographies aidées par ordinateur

L'apport de logiciels informatiques pour aider au diagnostic des mammographies est approuvé par la FDA et remboursé par les assurances aux Etats-Unis ce qui coûte un surplus de 400 millions de \$ par an. L'exactitude diagnostique des mammographies a été comparée entre ~500 000 examens «aidés» par ordinateur et 130 000 lus de manière usuelle. Résultat: aucun avantage pour l'apport de l'ordinateur ni dans la sensibilité ni dans la spécificité. Less is more...

Lehman CD, et al. JAMA Intern Med. 2015;175(11):1828-1837.